

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 235

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Dilatations pathologiques de l'urètre postérieur

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BONNEFOY

Né le 5 janvier 1893, à Sallanches (Haute-Savoie)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

Contribution à l'étude
DES
Dilatations pathologiques de l'urètre postérieur

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	X...
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinales.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURICQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
— — Chimie minérale.....	BARRAL
— — Accouchements	COMMANDEUR
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	PROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROCHET, *Président* ; M. GAYET, *Assesseur*
MM. PATEL et THEVENOT Léon, *Agrégés*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 235

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Dilatations pathologiques de l'urètre postérieur

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BONNEFOY

Né le 5 janvier 1893, à Sallanches (Haute-Savoie)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE

LE DOCTEUR BONNEFOY

I.

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

*Chirurgien-Major de l'Antiquaille,
Professeur de Clinique des Maladies des Voies urinaires*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. THEVENOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. MARTIN

Chirurgien urologiste des Hôpitaux de Grenoble

INTRODUCTION

Au mois d'avril 1921, nous avons eu l'occasion de voir, à la clinique urologique de l'Antiquaille, une pièce anatomique curieuse présentée par M. le professeur Thévenot. Il s'agissait d'une énorme poche de l'urètre postérieur de nature tuberculeuse. L'étendue, le caractère destructeur de cette lésion nous a frappé. M. le professeur Rochet nous a donné l'idée d'étudier les diverses dilatations de l'urètre profond, et il a bien voulu nous confier deux observations inédites.

Nous n'envisagerons, dans ce modeste travail, que les cas très rares dans lesquels existent de vastes poches sous-vésicales. Nous étudierons d'abord brièvement *les dilatations congénitales et les dilatations traumatiques*. Puis nous traiterons, avec plus de détails, *les dilatations inflammatoires* qui sont les plus fréquentes et les plus intéressantes.

Avant d'aborder notre sujet, nous exprimons notre très vive reconnaissance à M. le professeur Rochet, qui nous a tracé les grandes lignes de cette thèse, et nous a accueilli avec bienveillance dans son service. Nous remercions aussi M. le professeur agrégé L. Thévenot, qui nous a donné de précieux conseils et de nombreuses marques de sympathie.

M. le docteur Martin, interne de la clinique, aujourd'hui chirurgien urologiste des hôpitaux de Grenoble, nous a prodigué son temps et sa peine. Grâce à sa compétence et à son dévouement, notre tâche a été considérablement facilitée. Nous devons à son beau talent de dessinateur trois planches remarquables. Nous lui exprimons notre très profonde gratitude.

CHAPITRE I

Dilatations congénitales

L'origine congénitale de certaines dilatations de l'urètre est le sujet de maintes controverses. L'examen histologique seul peut permettre d'établir la pathogénie de ces diverticules. Mais les conclusions que l'on en tire ne sont pas toujours probantes et prêtent souvent à discussion.

Dans sa thèse (Lyon, 1903-1904), Cabezas rassemble quelques observations de dilatation congénitale de l'urètre antérieur; mais il ne cite aucun cas de dilatation congénitale de l'urètre postérieur.

Dans un article récent (*Surg. Obst. a. Gynæc.*, octobre 1919), les auteurs américains Bumpus et Walls disent que les diverticules de l'urètre postérieur sont probablement toujours acquis. En fait, les dilatations congénitales sont exceptionnelles.

Escat en signale un cas curieux. Nous le publions ici avec tous les arguments que l'auteur a développés pour

entraîner notre conviction : une observation clinique très complète, un contrôle opératoire et un examen histologique.

Il s'agit d'un jeune homme, sans antécédents urinaires, aux organes bien conformés, qui présente une poche urineuse scroto-périnéale qu'il a observée de tout temps. La miction se fait en deux temps : la vessie se vide d'abord, en même temps que la poche se remplit, puis une compression exercée au niveau de celle-ci en permet l'évacuation.

A la suite d'une infection dont l'origine est mal déterminée, ce diverticule s'enflamme et forme un abcès nécessitant deux interventions successives. On voit alors que la poche, du volume d'une noix, est développée à l'extrémité d'un long conduit para-urétral, du diamètre d'un ligament rond, et allant en s'amincissant jusqu'à l'urètre prostatique. Cette disposition particulière fait penser à la persistance du canal de Müller gauche. L'examen histologique du conduit semble confirmer cette hypothèse. Il montre « des analogies nettes avec la structure du vagin : épithélium pavimenteux stratifié, dont les cellules les plus profondes sont polyédriques et même cylindriques. L'éléidine, dont on ne voit que des traces à la partie supérieure du conduit, devient, au contraire, abondante à sa partie inférieure, au niveau de la poche urineuse; les papilles existent, mais petites et peu nombreuses. Le derme est formé de tissu conjonctif adulte; mais, par place, il présente des amas de cellules rondes, non par infiltration, mais groupées et nullement circonscrites. »

Le traitement classique des dilatations congénitales consiste dans la résection de la poche. Il a parfaitement réussi chez le malade opéré par Escat, malgré l'infection du diverticule.

OBSERVATION I

(ESCAT : *Annales des Malad. des Org. gén. ur.*, 1908)

(résumée)

X..., 18 ans. Ni traumatisme urétral, ni blennorrhagie. Mictions faciles. Urines limpides.

De tout temps a observé à la base postérieure du scrotum, une petite tumeur grosse comme une noisette qui se gonflait après la miction et se vidait ensuite facilement dans le canal par la compression périnéale.

En mai 1900, un jour, sans cause appréciable, la tumeur ne se vide plus, devient dure, douloureuse, et donne tous les signes d'un abcès, tandis que les urines restent claires.

Ouverture large de l'abcès d'où s'écoule une très grande quantité de pus. Le foyer, une fois détergé, on constate l'existence d'une poche tapissée par une muqueuse gris-rosée, plissée longitudinalement et ayant tous les caractères macroscopiques de la muqueuse vaginale.

A la première miction, on constate que l'urine s'échappe goutte à goutte du sommet de la poche.

Le 26 juin 1900. — Extirpation de la poche, qui s'est reformée par fermeture de la fistule. En introduisant un stylet, un jet d'urines purulentes s'en échappe. Le conduit qui continue la poche a l'aspect d'un ligament rond. Parti de la ligne médiane scrotale, il passe sur le côté droit de la colonne spongieuse urétrale, contourne latéralement le bulbe, traverse l'aponévrose moyenne. Sa dissection s'arrête à ce niveau du fait de sa rupture. Son diamètre très étroit (2 m/m) ne permet pas le passage d'un stylet, et il est impossible de trouver l'orifice urétral.

Reconstitution d'un raphé scrotal sans espace mort. Guérison consécutive après un mois de soins.

CHAPITRE II

Dilatations traumatiques

Les dilatations traumatiques étaient peu ou pas connues avant 1914. Mais, pendant la dernière guerre, les médecins ont observé un certain nombre de dilatations de l'urètre profond consécutives à des blessures par armes à feu. Au lieu d'évoluer vers une cicatrisation spontanée — qui entraîne le plus souvent un rétrécissement — la plaie aboutit à la formation d'une dilatation.

En effet, un projectile qui pénètre au niveau du carrefour uro-génital peut, par sa force vive, provoquer des destructions importantes de l'urètre et des glandes qui s'y rattachent. Dans ces tissus contus, l'infection est fréquente. Elle peut empêcher la réparation des dégâts ou même les aggraver. Ainsi se constitue une poche sous-vésicale qui peut englober la prostate, et qui atteint parfois un développement considérable.

Bumpus en cite un cas. Richer, dans sa thèse, en recueille trois observations : nous en publions une qui est particulièrement curieuse.

Un soldat est blessé par un éclatement de fusée. Un des projectiles pénètre par la région sus-pubienne et vient se loger au niveau de l'urètre prostatique. L'intervention permet de constater l'existence d'un foyer infecté, véritable clapier, qui est drainé.

Huit mois plus tard, le toucher rectal accuse l'existence, au lieu et place de la prostate, d'une vaste poche descendant en plein périnée.

Dans cette observation, on ne relève pas de signes fonctionnels particuliers en ce qui concerne les mictions. Mais Richer dit avoir observé dans des cas semblables, une fausse incontinence : l'urine passant d'abord de la vessie dans la poche, et celle-ci se vidant ensuite goutte à goutte. Nous parlerons plus loin de ce symptôme et des autres signes permettant d'orienter le diagnostic. Nous faisons simplement remarquer, à propos de ce cas, qu'un cathétérisme et un toucher rectal attentifs ont permis de reconnaître la lésion.

Le projectile une fois enlevé, le traitement opératoire est celui des dilatations inflammatoires banales.

OBSERVATION II

(résumée)

(Clinique urologique du professeur ROCHET)

(Thèse de RICHER, Paris, 1918)

X... Alfred, 1^{er} génie. — Blessé le 7 mars 1917, entre à l'ambulance 1/70 le lendemain, opéré immédiatement. Blessures multiples par éclatement de fusée. En particulier, au niveau de la région pubienne, un projectile a sectionné totalement l'urètre au niveau de la racine de la verge; le scrotum est

distendu par un volumineux hématome. Un autre projectile a pénétré dans la région sus-pubienne.

Au cours de la première intervention on ne peut retrouver les deux bouts de l'urètre; on fait une cystostomie et un cathétérisme rétrograde.

Une infiltration se produit le long des parois de la sonde.

Le 11 mars 1917, on fait sauter les fils de la cystostomie, et l'on découvre une nouvelle cause d'infiltration. Toute la paroi antérieure de la vessie est sphacélique, cette lésion étant due au projectile sus-pubien qui l'a déchirée et contusionnée. Extraction du projectile. Il existe un véritable clapier que l'on draine par siphonnage.

Le 30 octobre 1917, le blessé est envoyé à l'examen du centre urologique de Lyon.

L'explorateur métallique permet de sentir que la vessie descend très bas vers le périnée.

Au toucher rectal, on ne sent pas de prostate, qui semble avoir été complètement énucléée; à sa place, siège une poche faisant corps avec la vessie et descendant en plein périnée.

CHAPITRE III

Dilatations inflammatoires

Les dilatations inflammatoires sont les plus fréquentes — relativement — et aussi les plus graves. Nous n'envisagerons que celles dont les lésions sont très étendues, créant de vastes poches diverticulaires.

Elles peuvent être divisées en trois groupes : *les dilatations rétrostricturales*, qui se définissent elles-mêmes; *les dilatations inflammatoires banales*, dont la formation n'est pas favorisée par un rétrécissement; et enfin, les *dilatations tuberculeuses*.

1^o ETIOLOGIE - PATHOGÉNIE

A. DILATATIONS INFLAMMATOIRES BANALES. — Dans la majorité des cas, elles apparaissent comme le fait d'infections secondaires à la blennorragie auxquelles les glandes de l'urètre postérieur et, en particulier, la prostate, offrent un terrain remarquablement propice. En règle générale, ces dilatations représentent le terme

ultime de l'évolution de certains abcès de la prostate. A l'état aigu, l'abcès est entouré d'une coque plus ou moins bien limitée, qui, dans le cas d'ouverture large et opportune, tend naturellement et le plus souvent à revenir sur elle-même. Mais si la collection n'est pas incisée à temps, si surtout elle s'ouvre par l'urètre d'une façon suffisante pour assurer la sédation des symptômes douloureux et généraux, mais non pour évacuer convenablement le pus, cette coque peut s'organiser et ainsi, petit à petit, se constitue une dilatation.

B. DILATATIONS RÉTROSTRICTURALES. — Les dilatations rétrostricturales produisant de gros dégâts sont rares, mais elles existent et il ne faut point les méconnaître. MM. Rochet et Thévenot ont attiré l'attention sur ce point dans une communication au Congrès français de Chirurgie de 1911. Deux facteurs étiologiques interviennent dans cette variété : le *rétrécissement* et l'*infection*.

Le *rétrécissement* peut être congénital ou acquis. Généralement acquis il est alors le plus souvent le reliquat d'une urétrite ancienne. Mais on en voit d'autre nature : traumatique, syphilitique (syphilome cylindroïde de l'urètre), cancéreux, tuberculeux ; nous ne connaissons pas d'exemples de dilatations importantes qui leur soient consécutives, et qui puissent rentrer dans le cadre de cette thèse.

La *poussée vésicale* s'exerçant lentement pour permettre à l'urine de franchir l'obstacle, peut-elle, à elle seule, déterminer une ectasie de l'urètre ? La chose paraît possible théoriquement. Mais nous ne pensons pas que, dans la réalité, l'urètre puisse être distendu notablement

sous cette seule influence. Escat en donne pour preuve la fréquence relative des rétrécissements congénitaux qui n'entraînent aucune dilatation appréciable en dehors d'une inflammation. Le rétrécissement agit donc surtout en favorisant la stagnation d'une urine septique.

L'*infection* est bien la cause déterminante des dilations rétrostricturales. On trouve, le plus souvent à l'origine, une blennorrhagie qui a favorisé les infections secondaires. Quelquefois, cet antécédent manque : il s'agit alors d'une auto-infection développée en amont d'un rétrécissement congénital. Quoi qu'il en soit, les microbes pyogènes pullulent dans l'urine stagnante. Ils peuvent franchir la barrière muqueuse désorganisée et créer un abcès périurétral; ils peuvent aussi envahir la prostate par ses canaux dilatés sous l'influence de la pression vésicale.

C. DILATATIONS TUBERCULEUSES.— Hallé et Motz constatent que, sur les 72 pièces de tuberculose urinaire de la collection anatomique de Necker, 5 seulement sont indemnes de lésions urétrales postérieures. D'autre part, les mêmes auteurs ont relevé, sur 39 cas de tuberculose du carrefour uro-génital, 9 cas de destruction caverneuse totale de l'urètre profond. Cette dernière statistique présente pour nous un intérêt particulier, car elle nous montre la fréquence relative de ces dilatations tuberculeuses étendues.

Le carrefour uro-génital est, en effet, un siège d'élection pour la tuberculose. L'urètre, les conduits excréteurs des glandes, les canaux spermatiques y confluent. Le bacille de Koch, venu par l'un de ces trajets ou par la voie sanguine, s'y arrête à peu près sûrement.

L'infection est le plus souvent secondaire, soit à une lésion rénale, soit à une lésion épididymo-testiculaire. Quelquefois primitive (plus souvent peut-être qu'on ne le croyait autrefois), l'infection se fait alors, soit par la voie sanguine, soit par le mécanisme de la bacillurie (Delore et Chalier).

La prostate est le plus fréquemment atteinte (75 ou 80 pour 100 des cas, d'après M. Rochet). La tuberculose localisée à l'urètre postérieur a été bien étudiée par le même auteur : quelquefois primitive elle peut aboutir à des cavernes, mais c'est exceptionnel; cette forme destructive est le plus souvent consécutive à la tuberculose prostatique et vésicale.

2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, ce qui caractérise les dilatations inflammatoires en général, c'est que les lésions intéressent à la fois l'urètre et les glandes qui y débouchent : en particulier la destruction de la prostate — qui est fréquente — contribue dans une très large part à la formation de ces vastes poches que nous étudions plus spécialement dans cette thèse. Cette forme est à peu près constante dans les dilatations tuberculeuses, mais elle n'est pas toujours réalisée dans les dilatations rétrostricturales (Obs. IV et V).

Un autre caractère anatomique de certaines de ces dilatations, c'est qu'elles se présentent comme des poches kystiques semblant avoir une coque d'enveloppe et donnant l'impression d'un diverticule congénital.

A. DILATATIONS INFLAMMATOIRES BANALES. — Une inflammation prostatique ou périprostatique peut évoluer vers la formation de gros abcès. Ceux-ci s'ouvrent en général dans l'urètre spontanément ou accidentellement. Dans quelques cas, une vaste ulcération détruit une grande partie ou la totalité du canal. La collection s'évacue peu à peu, laissant après elle une poche qui reçoit directement l'urine de la vessie. Ainsi, se trouve constituée une de ces vastes cavernes, dont Minet cite une observation que nous publions (Obs. III).

Ce cas, d'ailleurs, n'est pas caractéristique, parce qu'il s'agit d'un processus aigu. Les lésions ne sont pas définitives. Peut-être, les dégâts constatés auraient-ils pu être modifiés par une réparation spontanée. Le vrai type anatomo-clinique est celui qui est réalisé par une inflammation chronique.

B. DILATATIONS RÉTROSTRICTURALES. — C'est au niveau du cul-de-sac du bulbe que siège le plus souvent le rétrécissement banal, inflammatoire ou traumatique. L'urètre postérieur est donc directement exposé aux phénomènes de distension et d'inflammation qui peuvent se constituer en amont.

Les dilatations peuvent présenter deux types anatomiques différents :

1° *Diverticules par dilatation de l'urètre* qui est ulcéré, ectasié, mais non rompu; les glandes annexées étant atrophiées, sclérosées, mais non détruites. Le malade d'Escat (Obs. V) réalise cette forme. Il présente une poche oblongue intéressant l'urètre bulbaire et la totalité de l'urètre profond; la prostate existe, mais « atrophiée et étalée en ampoule ».

2° *Diverticules par perforation de l'urètre ulcéré par un abcès périurétral.* — MM. Verliac et Charrier (*Soc. franç. d'Urolog.*, février 1921), en ont rapporté une observation (Obs. IV), illustrée d'un schéma que nous repro-

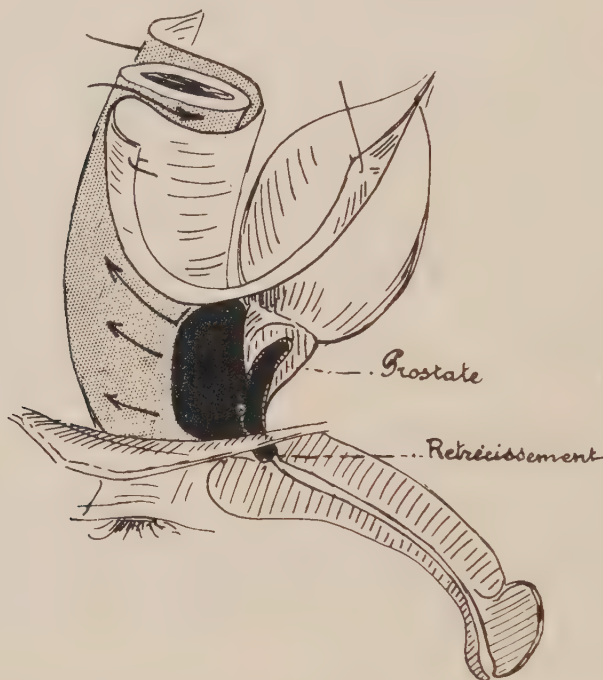


Figure 1. (Reproduction, par M. le docteur L. MARTIN, du schéma paru dans le *Bul. Soc. franç. d'Urol.*, fév. 1921.) — *Dilatation rétrostricturale* par perforation de l'urètre: phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur d'origine urétrale. Prostate indemne. (Obs. IV.)

duisons (fig. I). Ce cas est très intéressant, parce qu'il s'agit d'un phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur consécutif, non pas à des lésions prostatiques (cette glande est indemne), mais à une urétrite sphacélique de la portion membraneuse.

3° *Diverticules par fonte purulente des glandes an-*

nexées à l'urètre et en particulier de la prostate. — Cette forme est la plus fréquente, la plus typique. Elle peut aboutir à des destructions étendues, comme l'ont montré MM. Rochet et Thévenot. Le cas que nous publions (Obs. VI) nous montre une disparition à peu près totale de la prostate à la place de laquelle existe une cavité du volume d'une mandarine. Les observations VII et VIII, empruntées à la thèse de Bergis, relatent des cas où les lésions sont du même ordre.

C. DILATATIONS TUBERCULEUSES. — L'inflammation tuberculeuse de l'urètre postérieur détermine la même série de lésions que l'on observe dans d'autres tissus, comme par exemple le parenchyme pulmonaire : granulations d'abord, nodules ensuite et enfin cavernes.

Ces lésions peuvent rester localisées à l'urètre, c'est la « tuberculose primitive de l'urètre postérieur » (Rochet) qui peut aboutir à des décollements étendus, à des abcès et même à des cavernes. Nous avons vu que ces faits étaient exceptionnels.

Quand une vaste dilatation s'est constituée, elle intéresse à la fois l'urètre, les glandes qui lui sont annexées et les conduits excréteurs de l'appareil génital. Mais, dans cette combinaison de lésions multiples, la part de la prostate est, là encore, très considérable. La tuberculose atteint avec prédilection cette glande, et ses lésions y sont particulièrement destructives.

La caverne prostatique, une fois constituée, peut évoluer comme un abcès froid banal, envahir les tissus voisins dans une progression qui n'a pour ainsi dire plus de limites. Elle tend cependant à descendre : c'est au périnée que nous trouvons ces diverticules purulents.

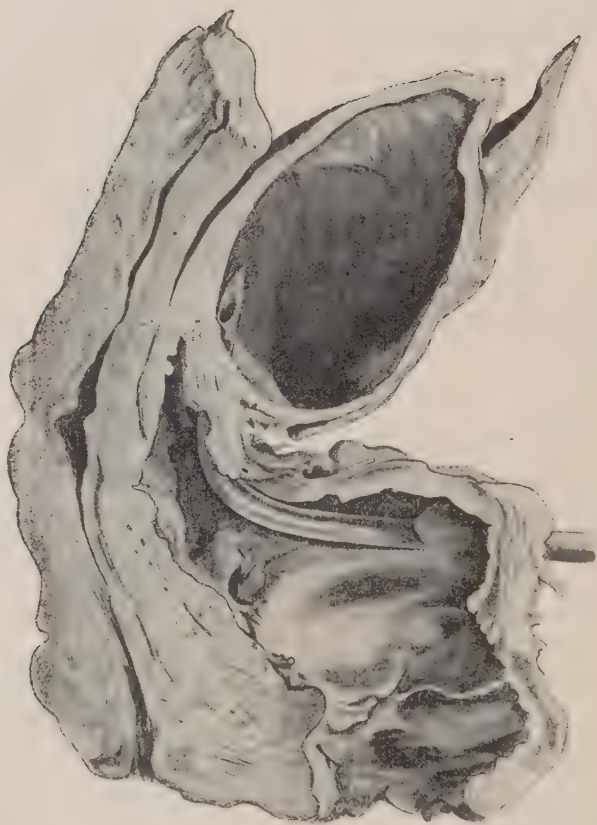


Figure 2. (Dessin de M. le docteur L. MARTIN: Coupe verticale antéro-postérieure.) — *Dilatation tuberculeuse* (Obs. IX).

Au-dessous de la vessie, une énorme poche englobe l'urètre, la prostate et une partie du périnée. En haut, une sonde indique le trajet de l'urètre détruit. Quelques orifices glandulaires sur les parois de la partie toute supérieure du diverticule sont les vestiges de la prostate. En bas, ouverture chirurgicale au périnée.

La dilatation tuberculeuse constatée dans notre observation IX est tout à fait extraordinaire. Le docteur Martin en a fait un très remarquable dessin que nous publions ici (fig. 2). L'urètre postérieur est occupé par une énorme poche qui va de la vessie au périnée. Il y a destruction des tissus voisins et, en particulier, de la prostate dont il ne reste que des vestiges. La paroi de cette poche est formée par les organes environnants en partie envahis. Elle se présente, d'ailleurs, comme la membrane tuberculeuse d'un abcès froid.

La radiographie de l'urètre du malade de notre observation X a permis de dessiner un schéma (fig. 3) qui nous montre une poche prostatique sous-vésicale.

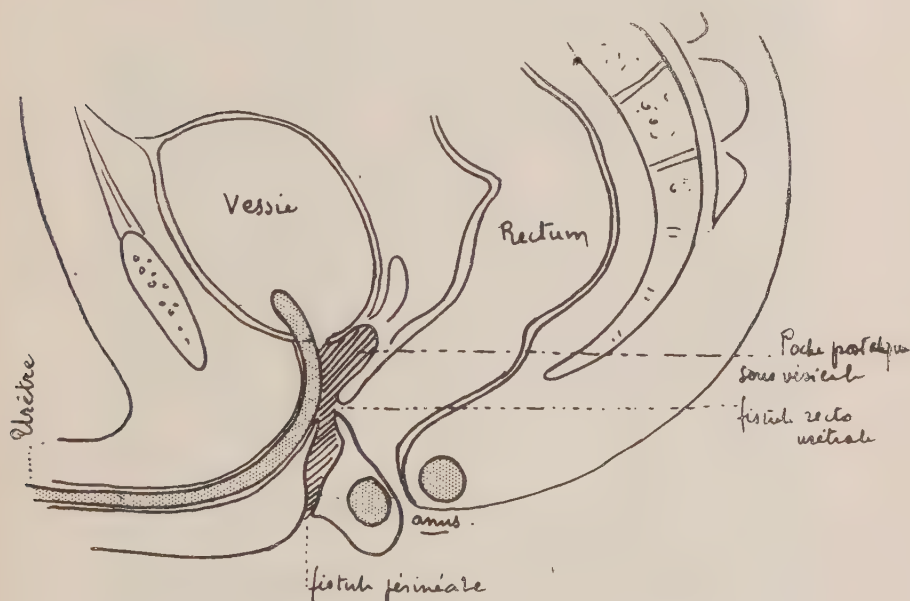


Figure 3. (Dessin schématique de M. le docteur L. MARTIN, d'après une radiographie de M. le docteur COSTE et d'après les sensations obtenues au cathétérisme aidé du toucher rectal.)
Dilatation tuberculeuse. Poche prostatique sous-vésicale (Obs. X).

3° SYMPTOMES

Parmi les symptômes observés au cours des dilatations de l'urètre postérieur, il en est qui sont plus particulièrement caractéristiques: nous les décrirons seuls.

Les lésions inflammatoires peuvent détruire le col vésical. Dans ce cas, on a de l'*incontinence* d'urine complète. Si le sphincter est respecté, on a un signe très particulier qui est la *miction en deux temps*. M. le professeur Rochet en a donné une description détaillée à propos des dilatations tuberculeuses: « La première partie de la miction se passe plus ou moins normalement; puis, au bout de quelques secondes ou de quelques minutes, alors que le malade la croit terminée, de l'urine arrive de nouveau, et cette urine est très sale, souvent constituée par du pus presque pur; ou bien même cette seconde miction suit immédiatement la première au moment des dernières secousses de celle-ci: c'est la caverne prostatique qui vient de se vider après l'évacuation de la vessie elle-même sous l'influence des contractions périnéales qui suivent la miction vésicale. » Ce symptôme est fort bien relaté dans l'observation d'Escat (Observ. V) qui est très intéressante parce que la dilatation ayant eu une évolution extrêmement lente, le malade a ressenti tous les troubles fonctionnels.

Un autre symptôme est, pour ainsi dire, le corollaire de celui-ci: c'est l'*évacuation en deux temps par la sonde*: celle-ci entre d'abord dans la première poche qui est vidée; puis, si on peut pénétrer dans la vessie, une seconde évacuation a lieu. Nous trouvons encore ce symptôme noté dans la même Observation V.

Le cathétérisme explorateur donne une sensation particulière: c'est un jeu anormal de la sonde qui semble évoluer dans une poche; il faut tâtonner pour trouver l'orifice vésical (Observ. X) et le toucher rectal est nécessaire pour conduire la sonde. Ce symptôme est plus constant. Nous le trouvons dans la plupart des observations.

Le toucher rectal renseigne sur l'état de la prostate. Quand cette glande est détruite, « on ne sent plus, dit le professeur Rochet, qu'une nappe scléreuse, dure, irrégulière, plus ou moins large, mais plate, sans relief rectal... ». Nous avons vu, d'autre part, que le toucher rectal était un auxiliaire précieux du cathétérisme.

La *radiographie* permet d'apprécier la situation et l'étendue des dilatations. On peut employer une solution aqueuse de bismuth ou de sulfate de baryum (Pfister). Le collargol et l'iode argentique colloïdal ne sont plus en faveur. On obtient d'excellents résultats avec la pâte bismuthée de Beck qui est très opaque. Il est bon de la fluidifier au préalable en la chauffant au bain-marie. Chez le malade de notre Observation VI, une injection de cette pâte poussée dans le canal a décelé l'existence d'une poche prostatique du volume d'une petite mandarine. La figure schématique 3 a pu être établie d'après une radiographie faite suivant le même procédé.

Tels sont les symptômes cardinaux des dilatations de l'urètre postérieur en général. Ils peuvent présenter quelques caractères particuliers suivant les diverses variétés de ces ectasies.

La miction en deux temps s'observe plus fréquemment au cours des dilatations rétrostricturales. Dans les di-

latations tuberculeuses, on a signalé de grosses hémorragies qui sont dues à l'ulcération d'un vaisseau.

4^o DIAGNOSTIC

Le diagnostic des dilatations inflammatoires de l'urètre postérieur est difficile. D'abord, ces lésions sont rares et l'on n'y pense pas. Ensuite, les symptômes sont souvent inconstants ou frustres.

Les signes fonctionnels, pollakyurie, pyurie, dysurie, incontinence, s'observent dans beaucoup d'affections des voies urinaires. La miction en deux temps se voit également chez les vieux rétrécis et dans les diverticules vésicaux.

Le cathétérisme explorateur, pratiqué par des mains exercées, donne, par contre, des renseignements très précis et permet souvent d'orienter le diagnostic. Nous le voyons dans la plupart des observations.

Le toucher rectal, qui rend compte de l'état de la prostate, doit toujours être pratiqué. La disparition totale de la glande ne peut manquer d'attirer l'attention.

La radiographie, enfin, donne des précisions très intéressantes sur la situation et l'étendue de la dilatation.

Le diagnostic différentiel entre les deux grandes variétés de dilatations inflammatoires ne pourra pas être fait par les seuls signes cliniques. Les antécédents, la notion de gonococcie antérieure ou de rétrécissement ancien donneront des présomptions. Mais il importe surtout de savoir si l'affection est ou n'est pas tuberculeuse. *L'ino-culation du pus au cobaye* tranchera, le plus souvent,

cette question. Si une intervention est pratiquée, il sera bon de prélever un fragment de la poche pour une *biopsie*.

5° ÉVOLUTION - COMPLICATIONS - PRONOSTIC

A. DILATATIONS INFLAMMATOIRES BANALES ET RÉTROSTRICTURALES. — Elles se constituent, en général, lentement. MM. Rochet, Thévenot et Laccassagne ont insisté sur l'évolution insidieuse et sournoise des dilatations rétrostricturales. L'œuvre de destruction s'accomplit pendant plusieurs mois ou même plusieurs années, sans trop attirer l'attention. Puis, un accident aigu survient qui amène le malade au médecin: celui-ci constate alors, des lésions étendues, quelquefois irréparables. Le cas le plus typique, à ce point de vue, est celui que rapporte Escat (Observ. V).

Si les dilatations inflammatoires banales et rétrostricturales sont graves en elles-mêmes, elles le sont bien plus encore par le rétrécissement qu'elles peuvent avoir sur l'arbre urinaire supérieur. Ce sont les complications qui commandent le pronostic. Ainsi, nous voyons, dans les Observations VII et VIII, qu'on a pu éteindre l'infection restée localisée, et que les suites ont été satisfaisantes.

B. DILATATIONS TUBERCULEUSES. — La tuberculose suit une marche chronique au niveau de l'urètre profond comme généralement au niveau des autres tissus. L'histoire du malade de notre Observation IX est très instructive à cet égard. En 1915, il est soigné pour un abcès du périnée qui suppure pendant quatre jours et se ferme

spontanément. Aucune autre manifestation jusqu'en 1920 où l'abcès reparaît à nouveau et se fistulise. Il meurt en janvier 1921 et l'on constate alors en même temps qu'une vaste dilatation urétrale des lésions anciennes de bacillose rénale.

Aussi, le pronostic défend surtout des lésions associées. Dans cette observation la tuberculose de l'urètre postérieur est secondaire à une bacillose rénale qui évolue sournoisement et rend l'issue fatale. Chez le malade de notre Observation X, l'inflammation tuberculeuse de l'urètre est probablement la localisation secondaire d'une bacillose pulmonaire: le pronostic est sombre du fait de cette lésion primitive qui est grave en elle-même et qui peut provoquer d'autres généralisations à distance.

Inversement, quand la tuberculose urétrale est primitive, son pronostic dépend surtout des complications par infections secondaires, des reins principalement.

6° TRAITEMENT

Plusieurs observations montrent la gravité des dilata-tions de l'urètre postérieur, de par le retentissement qu'elles peuvent avoir sur les voies urinaires supérieures. Le traitement doit donc être précoce sous peine de rester palliatif et insuffisant.

A. DILATATIONS INFLAMMATOIRES NON TUBERCULEUSES.

— C'est par le périnée que l'on abordera les lésions. Une large urétrostomie permettra d'étaler le diverticule et de réséquer, au besoin, ses parois si l'on juge qu'elles sont trop scléreuses pour revenir sur elles-mêmes. Dans cer-

tains cas (Obs. VI), il y aura intérêt à effondrer également le plafond de la loge diverticulaire de façon que la vessie s'ouvre directement dans le foyer opératoire, sans rétrécissement ni valvule. On pourra utiliser pour cela le dilatateur du frère Côme ou tout autre instrument analogue. Une sonde périnéale assurera provisoirement l'évacuation de l'urine. Ultérieurement, une sonde à demeure, passée par l'urètre antérieur sur mandrin, calibrera le nouvel urètre qui, petit à petit, se reformera autour d'elle.

MM. Rochet et Thévenot (Congrès français de Chirurgie, 1911), ont signalé la difficulté du traitement opératoire des dilatations rétrostricturales étendues.

Dans les cas extrêmes, l'urétrostomie périnéale est insuffisante et l'on est parfois obligé de recourir à la cystostomie sus-pubienne qui permet de traiter indépendamment et pour son propre compte le foyer périnéal.

B. DILATATIONS TUBERCULEUSES. — Leur traitement opératoire est très aléatoire à cause de la fréquence de lésions associées. On pourra essayer la prostatotomie avec curettage et injections modificatrices. Quand on a affaire à un délabrement énorme (Obs. IX), l'intervention se borne à une incision d'abcès.

OBSERVATION III

(résumée)

(COLLINET, *Archives de Médec. et de Pharm. militaire*, 1888.)

Dilatation inflammatoire banale.

... Annamite de 25 ans, atteint d'urétrite ancienne, se présente avec rétention d'urine depuis trois jours, malgré laquelle

il a fait une très longue marche. La paroi abdominale empâtée, garde l'empreinte du doigt. Rien au toucher rectal. Cependant, le cathétérisme conduit dans une poche d'où s'échappent pus et gaz fétides.

Les jours suivants, aggravation de l'état général et mort après huit jours.

Autopsie. — Caverne prostatique occupant toute la loge et ayant détruit l'urètre postérieur.

OBSERVATION IV

(résumée)

(VERLIAC et CHARRIER, *Bull. Soc. franç. d'Urol.*,
14 février 1921)

Dilatation rétrostricturale par perforation de l'urètre.

X..., 72 ans, entre le 27 décembre 1921, salle Velpeau, pour rétrécissement de l'urètre et infection urinaire. Ce malade avait été déjà soigné dans le service en 1917 pour « rétrécissement très serré de l'urètre bulbaire, suite de blennorrhagie éloignée ».

A son entrée, il présente tous les signes d'un rétrécissement serré, ayant provoqué une infection urinaire arrivée à son dernier stade. Etat général très atteint, s'aggrave rapidement. Le malade meurt quarante-huit heures après son entrée.

L'autopsie révèle les lésions suivantes :

Prostate : normale.

Urètre : rétrécissement bulbaire, en amont duquel se trouve une zone d'urétrite sphacélique et pseudo-membraneuse occupant tout l'urètre membraneux et prostatique. Au niveau du bec de la prostate, à droite du veru, on remarque un pertuis qui admet une sonde N° 12 et conduit, sans traverser la prostate, dans un vaste abcès rétroprostatique limité en bas par l'aponévrose moyenne, en arrière par le rectum, en avant par la prostate. Zone d'infiltration purulente de tout l'espace pelvi-rectal. (V. fig. I.)

OBSERVATION V

(résumée)

(ESCAT, *Annales des Mal. des Org. gén. ur.*, 1908)

Dilatation rétrostricturale par ectasie de l'urètre.

Abbé X..., 55 ans, de constitution vigoureuse.

Nie tout antécédent urinaire.

On note cependant une arthrite monoarticulaire du genou droit avec ankylose et de gros noyaux d'épididymite chronique simple

Depuis douze ans, se plaint de pollakiurie et de crises de dysurie. Celles-ci sont devenues intolérables.

Actuellement, il garde les urines une heure et demie, deux heures. Passé ce temps, s'il n'urine pas, les urines s'échappent en partie sans qu'il en ait conscience. Lorsqu'il a uriné, il arrive souvent que le besoin se reproduit quelques minutes après, et le malade urine ainsi en deux fois.

Examen. — Phimosi*s* irréductible. Au palper de l'urètre : colonne de péri-urétrite dans la région périnéo-bulbaire.

Toucher rectal : prostate atrophie*e*, excavée et haute; petit globe vésical.

Urètre : l'exploration montre trois points rétrécis : naviculaire, pénien et périnéo-bulbaire.

Une sonde bougie 10, bien que peu enfoncée, donne issue à l'urine qui est trouble et hématurique.

Constitution d'une rétention incomplète, avec mauvais état général.

Sonde à demeure : ne s'enfonce qu'à 16 centimètres, mais fonctionne bien. On pense qu'elle bute dans une petite vessie rétractée.

A plusieurs reprises, la sonde s'enfonce à 6 ou 7 cm. plus profondément. L'explorateur métallique a, dans la profondeur, une facilité de jeu qui surprend.

29 octobre. — Urétrotomie interne.

Peu après, on observe la miction en deux temps, et l'évacuation en deux temps au moyen de la sonde: celle-ci vide d'abord la première poche, puis entre dans la vessie et fait une seconde évacuation.

L'état général s'aggrave.

16 janvier. — Urétrotomie externe. L'incision faite, un flot de pus et d'urine s'écoule. Le doigt pénètre dans une poche oblongue, long tunnel rétro-strictural, dans lequel la sonde est arrêtée. Au fond de la poche, parois granuleuses, cul-de-sac saignant, lisse, allant au-dessous du col vésical. Celui-ci est dilaté et admet facilement l'index. Intégrité du bas-fond vésical. Cette dilatation intéresse l'urètre bulbaire et la totalité de l'urètre postérieur; la prostate est atrophiée et étalée en quelque sorte en ampoule; le sphincter vésical n'a résisté que partiellement — il forme au sommet de la dilatation un diaphragme bizarre, insuffisant pour retenir l'urine. Il y a eu là, évidemment, une ectasie de forme exceptionnelle-ment lente.

Mort le douzième jour, avec signes de néphrite aiguë.

OBSERVATION VI

(*Clinique urologique du professeur ROCHET*)

Dilatation rétrostricturale par fonte prostatique.

X... Philibert, 49 ans, cultivateur. Entré le 17 mars 1913. Sorti le 17 août 1913.

Vient à l'hôpital parce qu'il a de la pollakiurie et de la pyurie.

Rien dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Aucune maladie vénérienne.

Au mois de février 1913, prend froid; frissons pendant deux ou trois jours. Cependant, aucun symptôme du côté de l'appareil pulmonaire. Mais il présente de la pollakiurie : mictions toutes les dix minutes, aussi bien le jour que la nuit, Il se décide à rentrer à l'hôpital.

A l'examen, rien du côté des reins. La radiographie ne décèle aucun calcul. On constate l'existence d'un rétrécissement urétral laissant passer une sonde n° 10. Capacité vésicale : 15 cmc.

9 avril. — En plaçant dans le canal une sonde métallique, on constate qu'il existe une dilatation très marquée de l'urètre prostatique, sous forme de poche, séparée de la vessie par un

véritable surplomb. Au toucher rectal pratiqué en même temps, on sent une fonte à peu près totale de la prostate.

21 avril. — Cystostomie qui confirme les données précédentes et montre un orifice urétral allongé en forme de fente avec des bords scléreux.

4 mai. — Le cathétérisme est impossible à l'aide des sondes en gomme. Le bec de la sonde est arrêté au niveau de l'orifice qui sépare la vessie de la cavité prostatique. Le cathétérisme rétrograde est également impossible. On arrive à passer une sonde métallique dont on exagère la courbure. A cette sonde, on attache, par l'orifice de la cystostomie, un drain qui passe facilement et que l'on fixe en sétou.

Quelques jours plus tard, on fait une injection de bismuth qui montre, à la radio, la poche prostatique du volume d'une petite mandarine.

22 mai. — On enlève le drain.

28 mai. — La pollakiurie a reparu sitôt que la plaie hypogastrique s'est refermée.

12 juin. — Intervention. Voie périnéale. On incise l'urètre prostatique et on aperçoit l'orifice de la poche. Un doigt introduit dans la vessie par l'urètre dilate le col de façon qu'un doigt périnéal et un doigt hypogastrique se rejoignent à travers le col vésical. Le dilateur du Frère Côme est passé dans le col par la vessie: il sectionne le plafond de la cavité prostatique. Le plafond et le plancher de cette poche étant détruits, on laisse un drain qui va de la vessie dans l'urètre prostatique et occupe la place de l'ancienne cavité.

7 juillet. — Le méat hypogastrique est complètement fermé depuis dix jours. Par la fistule périnéale, il s'écoule une faible quantité d'urine qui diminue de jour en jour. La vessie du malade fonctionne bien. Il éprouve des envies d'uriner et a un jet assez fort.

25 juillet. — La fistule périnéale est presque fermée et le malade commence à uriner avec un certain jet de temps en temps.

Après la miction, il reste encore dans la poche de l'urètre profond un peu de liquide qu'on évacue par pression sur le périnée, mais il n'y a plus d'incontinence permanente comme autrefois. Par le toucher rectal combiné à la sonde, on sent la

poche prostatique beaucoup moins large, mais l'orifice urétral est toujours reporté très en avant, et il faut une courbure assez forte de la sonde pour entrer dans la vessie. L'injection dans la sonde ne distend plus la poche prostatique comme autrefois : elle va bien dans la vessie, et ce n'est qu'au bout de quelques secondes qu'elle redescend dans la poche prostatique pour la gonfler. La capacité vésicale évaluée de la sorte est d'environ 35 à 40 cc., alors qu'autrefois, elle était nulle.

16 août. — La plaie périnéale est cicatrisée. Le malade a repris la miction naturelle avec un jet véritable : toutes les heures, le jour et la nuit. Pas d'incontinence; sitôt la miction terminée, il s'écoule encore une très petite quantité d'urine. Le malade est donc guéri.

OBSERVATION VII

(Clinique urolog. du professeur ROCHET, in *Thèse* de Bergis.)

Dilatation rétrostricturale par fonte prostatique.

X..., 48 ans, marchand de volailles.

Entre le 8 août 1907, pour troubles de la miction.

Antécédents personnels. — Blennorragie à 22 ans, qui guérit rapidement. Ethylisme marqué. S'enrhume facilement.

Pollakiurie, urines un peu troubles depuis quatre ans. Après une période d'accalmie, ces troubles reprirent, il y a huit jours.

A l'examen : malade vigoureux. Rétrécissement à 12 centimètres du méat, permettant le passage d'une sonde en gomme N° 16. La sonde métallique paraît pénétrer dans une cavité d'où elle ramène du pus. Le toucher rectal montre que la prostate n'existe plus et a dû être ravagée par un large abcès. Rien aux autres organes et appareils.

Le malade traité par des injections de nitrate d'argent et par la dilatation progressive, sort guéri le 17 octobre 1907.

OBSERVATION VIII

(résumée)

(*Clin. urolog. du professeur ROCHET; in Thèse de Bergis*)

Dilatation rétrostricturale par fonte prostatique

X..., 75 ans, matelassier. Rentre à l'hôpital le 3 décembre 1912 pour incontinence.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels. Nie toute maladie vénérienne.

Les troubles débutèrent, il y a trois ans par une diminution du nombre des mictions et de la quantité d'urine émise. Sondages réguliers pendant un mois. Au bout d'un an, cette rétention fait place à une légère pollakiurie. Enfin, il y a un an, le malade commença à perdre ses urines comme il les perd encore, s'il ne satisfait pas immédiatement le besoin d'uriner.

A l'examen, petits noyaux épидидymaires des deux côtés. Au toucher, la prostate n'existe plus. Rétrécissement très serré de la portion prostatique qui ne laisse passer qu'une sonde N° 11 sur conducteur. Vessie normale, capacité 150 gr., urines claires.

La radiographie, après injection de collargol, montre une dilatation énorme de l'urètre prostatique, ce qui confirme l'hypothèse d'une poche occupant la place de la prostate qui a dû être détruite par une suppuration prolongée.

Après une dilatation prudente, le malade sort très amélioré le 10 février 1913.

OBSERVATION IX

(*Clinique urologique du professeur ROCHET*)

Dilatation tuberculeuse.

X..., François, 57 ans, sans profession. Entre le 6 janvier 1921. Décédé le 23 janvier 1921.

Entre dans le service pour fistule uréthro-périnéale.
Marié, pas d'enfant.

A 28 ans, chancre syphilitique. Traitement mal suivi. Pas de blennorragie.

Il y a cinq ans, abcès du périnée, qui s'est ouvert spontanément. Le pus s'est écoulé pendant trois ou quatre jours, puis la plaie s'est fermée.

En juillet 1920, petit abcès au même endroit. Depuis, fistule par laquelle s'écoule la totalité de l'urine.

Examen. — Très volumineuse hernie inguinale datant de vingt-huit ans. La malade n'en souffre pas. En avant de chacun des deux testicules, on voit une cicatrice. D'autre part, des deux côtés, on sent à la palpation un peu d'épididymite chronique.

Les explorateurs ne peuvent pas franchir la région de l'abcès. Il existe au niveau du périnée une grosse collection allongée; il s'est écoulé du pus franc qui a été inoculé. L'orifice de la fistule a des bords bleuâtres faisant saillie. Les tissus avoisinants restent souples. Au toucher rectal, il semble que la prostate ait disparu.

Le malade urine en moyenne six fois par nuit, et le jour environ toutes les deux heures. Les urines sont très troubles. Les reins, non douloureux, ne sont pas perçus.

Le malade a un peu maigri pendant ces derniers temps.

11 janvier 1921. — Examen du professeur Rochet : Le cathétérisme avec une sonde métallique N° 10 est possible, bien que difficile. On est arrêté d'abord par un rétrécissement avec tissus durs, raboteux, au niveau de l'urètre périnéal antérieur, et ensuite au niveau de la prostate, où il semble exister une poche sous-vésicale qui empêche l'extrémité de la sonde d'entrer dans la vessie. Une fois la sonde en place, un stylet introduit dans la fistule montre que la plaie urétrale siège au niveau de l'urètre antérieur.

12 janvier. — *Intervention* (M. Thévenot). Un cathéter cannelé étant introduit dans l'urètre jusqu'au contact de la poche urétrale, on incise cette poche sur la ligne médiane, au niveau de la fistule, en se guidant sur la collection. On ouvre ainsi par une incision qui va de la racine des bourses au voisinage de l'anus, une poche qui, en certains points, ne paraît tapissée que de bourgeons inflammatoires, mais qui, sur sa paroi droite, semble revêtue d'un épithélium. Un fragment de cette

paroi est d'ailleurs prélevé pour examen microscopique. La poche n'est séparée de la vessie que par l'épaisseur de celle-ci. Elle paraît occuper la région de la prostate en totalité et, au toucher, on ne sent pas cette glande. L'urètre débouche au sommet de cette poche. Un canal très court conduit d'autre part à la vessie. Une sonde à demeure est laissée dans celle-ci et la poche est tamponnée avec de la gaze.

L'état général du malade s'aggrave; il meurt le 23 janvier avec des symptômes d'entérite.

Vérification. — Les deux reins présentent des lésions tuberculeuses caractéristiques. L'un d'eux est le siège d'une caséification avancée, et montre, à la coupe, des masses compactes « mastic ».

Au niveau de l'urètre postérieur, on trouve une vaste poche qui englobe la prostate (dont il ne reste plus que quelques îlots) et qui s'étend de la vessie au périnée. (V. fig. II.)

Inoculation. — Pus inoculé le 7 janvier.

« Cobaye sacrifié. Résultat très positif : ganglions iliaques; quelques granulations hépatiques; grosse rate bourrée de granulations. »

Biopsie. — Fragment de la poche sous-vésicale.

« Ce fragment est composé d'un tissu fibreux dense, sans épithélium de revêtement visible. Dans ce tissu sont disséminés de nombreux îlots de cellules rondes. Certains de ces îlots répètent le type nodulaire, et aux cellules rondes s'ajoutent de nombreuses cellules épithélioïdes et de très belles cellules géantes aussi typiques que possible. »

OBSERVATION X

(résumée)

(Clinique urologique du professeur ROCHET)

Dilatation tuberculeuse.

X..., 46 ans, cafetier. Entre le 1^{er} avril 1921.

Antécédents personnels. — Tousse depuis de nombreuses années. Blennorragie à 17 ans. Affection actuelle : opéré il y a quinze ans d'un abcès de la prostate. Sort guéri. Rien d'a-

normal jusqu'au mois de mars 1920, où apparaît une fistule uréthro-périnéale. Opéré par le docteur Patel; sort quarante-cinq jours après, la fistule persistant toujours.

Le malade entre dans le service du docteur Gayet, le 20 juillet 1920. On note alors : mictions plus fréquentes (quatre ou cinq fois par nuit), urines troubles.

Intervention du docteur Gayet, le 27 juillet 1920. Une sonde franchit avec difficulté un rétrécissement bulbaire et tombe dans une poche prostatique, dans laquelle son bec s'égaré. La fistule est extirpée jusqu'à l'urètre, qui est suturé. Cystostomie de dérivation.

26 septembre. — On constate une fistule uréthro-rectale.

10 décembre. — Auscultation : lésions nettes de tuberculose en évolution au sommet droit. Bacilliose cicatrisée à gauche.

Décembre 1920. — Intervention (MM. Rochet et Gayet). Rachianesthésie.

Incision transversale de prostatectomie. Décollement du rectum ; dissection des corps caverneux ; section de l'aponévrose transverse en dedans et en arrière de ceux-ci jusqu'à la symphyse. On constate alors les lésions suivantes : la partie postérieure de l'urètre prostatique manque sur toute sa hauteur ; il ne reste aucun vestige de la prostate, mais une sorte de paroi fongueuse. On amorce le décollement entre le col de la vessie et le rectum. On rapproche l'urètre du col de la vessie par quelques points ; on ferme l'orifice rectal.

5 avril 1921. — Persistance de la fistule rectale.

2 juin. — Radiographie. On pousse par la fistule périnéale une injection de pâte bismuthée de Beck, préalablement fluidifiée au bain-marie. L'épreuve radiographique très nette montre une poche prostatique. (Voir fig. III.)

CONCLUSIONS

1° *Les dilatations congénitales* de l'urètre postérieur sont tout à fait exceptionnelles. Nous en avons trouvé une observation dans laquelle l'auteur conclut à une persistance du canal de Müller gauche.

2° Pendant la guerre, on a observé quelques cas de *dilatations traumatiques*, le projectile provoquant, par sa force vive, des destructions qu'une infection secondaire aggrave et transforme en un clapier qui peut persister plus ou moins.

3° Une inflammation peut créer, au niveau du carrefour uro-génital, de vastes dilatations ou poches sous-vésicales. Ces faits sont rares, mais ils existent. Ils sont la conséquence, soit d'une *inflammation banale*, processus de prostatite et périprostatite, soit d'une *inflammation rétrostricturale*, soit d'une *inflammation tuberculeuse*.

a) Dans la majorité des cas, les lésions intéressent l'urètre, les glandes qui lui sont annexées et en particulier la prostate.

b) Les symptômes fonctionnels, pour la plupart peu caractéristiques, sont, le plus souvent, inconstants. La miction en deux temps est celui qui a le plus de valeur.

Beaucoup plus importants sont les signes physiques fournis par l'exploration à l'aide du cathéter métallique, par le toucher rectal, et par la radiographie. Malgré tout, le diagnostic reste difficile.

c) L'évolution est insidieuse et sournoise. Le pronostic dépend moins de la lésion elle-même que des complications qui sont fréquentes et graves.

d) L'urétrostomie périnéale, avec résection des parois scléreuses pour les dilatations inflammatoires simples, avec pansements et injections modificatrices dans le cas de tuberculose, paraît être le traitement de choix.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

V. ROCHET.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 juin 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

ALBARAN. — Tuberculose de la prostate (in *Traité de Chirurg.*, Le Dentu et Delbet).

BERGIS (René). — Altérations chroniques de la prostate derrière les vieux rétrécissements (*Thèse de Lyon*, 1913).

BUMPUS. — Divert. de l'urètre post. (*Surgery obstet. a. Gynec.*, octobre 1919).

CABEZAS. — Dilat. de l'urètre (*Thèse de Lyon*, 1903-1904).

DELORE et CHALIER. — La tuberc. génitale.

DESNOS. — Absès de la prostate (*Dict. encycl. Sciences méd.*).

DESNOS et MINET. — *Traité des maladies des voies urinaires.*

ESCAT. — Malform. cong. et acqu. de l'urètre (*Annales des Malad. des Org. gén. urin.*, 1908).

HALLÉ et MOTZ. — Tuberc. de l'urètre prost. (*Annales des Malad. des Org. gén. ur.*, 1903).

LECOMTE. — Prostatites chroniques (*Thèse de Paris*, 1902).

LEGUEU. — *Traité chir. d'Urologie.*

— *Bulletin Soc. franç. d'Urologie*, 14 février 1921.

MINET. — Les supp. prost. (*Thèse de Paris*, 1900).

PFISTER. — Radiogr. de l'urètre (*Zeitch. f. Urol.*, t. XIV, 1920).

RICHER (Victor). — Les bless. de l'urètre pelv. (*Thèse de Paris*, 1918).

ROCHET. — Quelques données nouvelles de clinique et de thérapeut. urin. (Lyon, 1906).

ROCHET et THÉVENOT. — Congrès franç. de Chir., 1911.

SEGOND. — Des abcès chauds de la prostate (*Thèse de Paris*, 1880).

THÉVENOT et J. LACCASSAGNE. — Altér. de l'urètre et de la prostate en arrière des rétréc. anciens (*Lyon Chir.*, 1913).

VELPEAU. — Article Prostate (*Dict. de Médec.*, en 30 vol., Paris, 1842).

VERLIAC et CHARRIER. — *Société française d'Urologie*, février 1921).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — <i>Dilatations congénitales</i>	9
Observation I	11
CHAPITRE II. — <i>Dilatations traumatiques</i>	13
Observation II	14
CHAPITRE III. — <i>Dilatations inflammatoires</i>	17
1° Etiologie. — Pathogénie.....	17
2° Anatomie pathologique	20
3° Symptômes	26
4° Diagnostic	28
5° Evolution, complications, pronostic.....	29
6° Traitement	30
Observation III	31
— IV	32
— V	33
— VI	34
— VII	36
— VIII	37
— IX	37
— X	39
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43

- - - LYON - - -
IMPRIMERIE EXPRESS
46, Rue de la Charité, 46

